L'ANGLE COLIQUE GAUCHE

Docteur Joseph COHN

de la Faculté de Médecine de Paris

L'Angle Colique Gauche

PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1920

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MON PERE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PAUL CARNOT

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôpital Beaujon, Docteur ès Sciences

Qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils. Nous le prions de bien vouloir agréer avec tous nos remerciements, l'hommage de notre profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1913-1914 (Stage)

M. le Professeur LANDOUZY (*in memoriam*)

1914-1915 (fonction d'externe)

M. le Docteur ARRON

M. le Professeur WIDAL

1915-1916 (fonction d'interne)

M. le Docteur COMTE

1916-1918 (Campagne sur le front roumain)

M. le Professeur JIANU (de Jassy)

1918-1919 (Stage)

M. le Professeur M. LABBÉ

M. le Professeur MARFAN

1919-1920 (Stage)

M. le Professeur BAR

L'ANGLE COLIQUE GAUCHE

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE

Nous nous sommes servi pour la rédaction de cet article, de ce que nous avons vu sur le cadavre et des descriptions de cette région, faites par Buy (6) dans sa thèse de Toulouse (1901), sur l'anatomie du côlon et par Testut (41) et Poirier (33) dans leurs traités classiques d'anatomie.

Portion gauche du transverse. — Appelée sous-gastrique ou anse gastrocolique, elle va de la deuxième portion du duodénum au coude splénique. Elle décrit une courbe à grand rayon, concave en haut et aussi en arrière. La courbe regarde à droite et en arrière et varie chez le même individu avec la distension de l'estomac et du grêle.

Angle splénique. — L'ouverture oscille entre 45 et 60 degrés. Elle est en moyenne de 50 degrés pour Testut. Elle diminue avec la ptose de la portion gauche du transverse et peut même tomber à 0 degré quand cette portion gauche longe en double canon de fusil, le côlon descendant.

Projection de l'angle gauche sur la paroi thoracique. — L'angle gauche se projette à la face interne de la septième ou huitième côte pour Fromont, de la huitième à la onzième pour Mauclaire. Malgré la fixité de cet angle Quénu admet le bien fondé des conclusions de Jonnesco (anatomie de Poirier), à savoir « une très grande variabilité dans la situation, les rapports et la fixité de cet angle colique gauche » (1).

M. Quénu cite *un sujet de trente-quatre ans* chez lequel l'angle gauche descendait au-dessous de l'hypochondre, dans la région du flanc à *3 centimètres à peine* de la crête iliaque, tandis que chez un autre sujet, âgé de *soixante-dix ans*, cet angle colique s'élevait à 14-15 centimètres de la crête iliaque jusqu'au sommet de l'hypochondre.

Rapports. — Ses rapports sont les suivants : En avant avec la face postérieure du corps de l'estomac ; en arrière avec le pôle supérieur du rein gauche ; en dehors avec la face interne de la rate (partie inférieure), quelquefois il répond à sa face externe.

Variations. — La branche du descendant n'est généralement pas sujette à des variations, en ce qui concerne la forme de l'angle. Au contraire la branche du transverse varie à l'infini. Elle peut se replier à côté du vrai angle pour former un faux angle colique, qu'on distinguera par l'absence du ligament suspenseur.

1. *Bulletin de la Société de Chir.*, 1902, p. 695.

Cette même branche du transverse peut monter vers le coude splénique dans un plan sagittal, donnant ainsi à la radioscopie une image de double canon de fusil, sans qu'il en soit ainsi en réalité, comme nous le montrerons dans un prochain chapitre.

Enfin, la branche du transverse peut passer à gauche du descendant, donnant une image d'un 8 de chiffre.

Moyens de fixité. — *La portion gauche du transverse*, à l'opposé de celle de droite, est pourvue d'un méso dont la hauteur varie de 9 à 12 centimètres. La longueur de ce ligament n'est pas toujours en rapport de cause à effet avec la ptose de l'intestin et Buy se demande si l'allongement de ce repli n'est pas plutôt le résultat, que la cause du déplacement.

Le ligament phrénocolique gauche s'étend du péritoine diaphragmatique à l'angle gauche du côlon ; assez souvent une partie provient de l'extrémité inférieure de la rate. Ce repli est *constant et rigide*, il est long de 2,3 centimètres. L'extrémité inférieure de la rate repose ordinairement sur la concavité de son arcade.

Adénot de (Lyon) lui décrit trois trousseaux ; le moyen sur le coude même, un supéro-interne sur le transverse et un inféro-externe sur le descendant. Il a ainsi la forme d'un éventail à sommet supérieur et base colique. Le rôle principal serait joué par le trousseau moyen qui, s'il vient à manquer, exagère la coudure colique, avec occlusion mécanique possible.

Buy pense aussi que ce repli peut jouer un certain rôle dans le maintien de la perméabilité du coude gauche.

Lame fixatrice des coudes droit et gauche. — Il existe en effet, entre les deux branches du coude droit, un fascia d'accolement dont l'existence est jusqu'ici passée inaperçue ou, tout au moins, a été sans doute considérée comme pathologique. Elle existe dans la moitié des cas, elle est d'origine acquise, car on ne la trouve pas chez le nouveau-né, elle est assez rare sur les côlons normaux ; elle peut être longue ou courte et sa hauteur varie de 3 à 10 centimètres. Souple ou serrée, elle peut unir d'une façon étroite ou lâche les portions voisines du coude. Assez souvent cette souplesse a disparu et l'on se trouve en présence d'un trousseau fibreux, dense, tendu, comme rétracté, qui a rapproché l'un de l'autre les segments coliques du coude ; le bord libre, qui précédemment mesurait 8 à 10 centimètres, atteint à peine maintenant 3 cm. 5-5 centimètres.

Du côté gauche cette formation est beaucoup plus rare (5 sur 57) ; elle est alors étroite, maintient dans une situation parallèle une grande partie de la fin du transverse et de l'origine du descendant [Buy] Jonnesco [33] parle aussi de cette lame fixatrice des coudes. En parlant par exemple de l'angle gauche il dit : « Cet angle est constant ; il est plus aigu et plus haut placé que le droit. Il est ouvert en bas et en avant, et les deux branches sont ordinairement unies par des fibres ligamenteuses. »

C'est à Buy, de Toulouse, qu'on doit la première description de cette formation anatomique.

Embryologie. — Le coude splénique commence à se dessiner chez le fœtus dès la sixième semaine ; il ne tarde pas à se fixer, comme le coude duodéno-jéjunal et constitue avec lui les deux points fixes et précoces de l'intestin (Schiefferdecker).

Il est situé chez le fœtus et plus tard chez l'enfant aussi, plus bas que chez l'adulte, à cause du grand développement du lobe gauche du foie.

DEUXIÈME PARTIE

LES MÉTHODES D'EXAMEN RADIOLOGIQUES, AVEC REPAS OU LAVEMENT OPAQUES

Ce sont MM. Bensaude et Terrey (3), qui les premiers ont employé le sulfate de baryum crémeux, pour repas et lavement opaques.

Le sulfate de baryum présente de grands avantages. Il est moins cher que le carbonate de bismuth et est dénué de toute toxicité, ce qui n'est pas le cas pour le bismuth, surtout pour les fortes doses employées en radiologie.

Repas opaque.— En clientèle aisée, M. Bensaude recommande la bouillie suivante pour le repas opaque :

Sulfate de baryum crémeux. . .	200 grammes
Fécule de pomme de terre. , . .	1 cuillerée
Lait sucré.	150 grammes

En clientèle hospitalière cette formule revient trop cher et il la simplifie en ajoutant aux 200 grammes de Baryum, quelques cuillerées de sirop de gomme et de l'eau.

Lavement opaque. — On obtient un mélange parfaitement stable avec la formule suivante :

Sulfate de baryum crémeux.	3.000 gr.
Eau.	1.400 gr.
Sirop de gomme.	80 gr.
Gomme adragante.	3 gr.

Repas opaque. — *L'arrêt le plus long du repas opaque, parcourant le tube digestif, se fait au niveau de l'angle splénique.*

Chez les gens considérés comme normaux, ayant chaque jour une selle suffisante, le repas opaque parcourt tout le tube digestif en vingt-heures et atteint l'angle en douze heures. L'arrêt normal de la colonne opaque à l'angle splénique, est le plus constant et le plus marqué des divers arrêts que subit cette colonne, avant d'atteindre l'anse sigmoïde. Aussi, ce point est-il souvent pris comme point de repère, dans les examens des constipés. Le repas opaque arrive généralement, à la cinquième heure après l'ingestion, au cæcum. Il met en moyenne trois, quatre heures pour arriver à l'angle hépatique. Là, on remarque un point d'arrêt. Mais une fois l'angle hépatique franchi, la tête de la colonne opaque subit une accélération de vitesse considérable et *en une demi-heure* parcourt tout le transverse jusqu'à l'angle colique gauche ; elle subit alors *un arrêt d'environ deux heures*. L'angle colique gauche est quelquefois dépassé par un mouvement lent et régulier, mais le plus souvent, les matières accumulées devant cet

angle, subissent des petits déplacements sur place, en avant et en arrière, puis le franchissent sous l'impulsion d'un mouvement rapide, qui amène la substance opaque dans le côlon descendant et même jusqu'au commencement de l'S iliaque.

Horaire des examens. — Hertz (de Londres) (13), conseille l'ingestion du repas opaque à 5 heures du matin. De cette manière on peut contrôler l'évacuation de l'estomac et de l'intestin grêle pendant la matinée, la traversée du cæcum et d'une partie du transverse durant l'après-midi, mais l'étude la plus intéressante du transit, celle du côlon gauche, angle plénique compris, est interrompue par la nuit.

Stierlin (de Bâle) prescrit l'ingestion du repas à 8 heures du matin, en raison de l'heure habituelle du petit déjeuner. Mais le temps d'observation utile se trouve encore plus réduit que dans la méthode précédente.

L'heure qui nous paraît la plus rationnelle au point de vue pratique, pour l'examen du transit du gros intestin en général et de l'angle splénique en particulier, est celle de 8 heures du soir.

On fait le premier examen, le lendemain à 8 heures du matin ; c'est-à-dire douze heures après l'ingestion du repas opaque. Normalement, après ce laps de temps la tête de la colonne opaque a atteint l'angle splénique. Quand il y a stase iléale, ou quelque part le long du côlon, on a devant soi toute la journée pour qu'on puisse les constater, en faisant encore un ou plusieurs examens.

Interprétation des images de l'angle splénique. — Les ptoses du transverse peuvent amener un accolement apparent de sa moitié gauche avec le côlon descendant. L'observateur s'imagine que le repas a atteint seulement l'angle splénique, alors qu'en réalité il est au voisinage du sigmoïde. On aura alors recours à la palpation profonde, pour mobiliser les deux segments coliques.

Cette palpation n'est possible qu'en dessous du rebord costal. Pour l'angle colique même, qui est caché derrière le gril costal, on ne peut pas appliquer cette méthode de palpation et il faut avoir recours à un petit artifice : on fait tourner le malade en position oblique gauche. Dans cette nouvelle position, on voit la branche gauche du transverse s'éloigner du descendant et faire avec elle un angle assez appréciable, s'il n'y a pas un accolement réel en double canon de fusil.

Le lavement opaque. — Le mode de pénétration du liquide dépend, d'une part de sa consistance et de la pression sous laquelle il est injecté, d'autre part du degré de tonicité du gros intestin et de sa perméabilité. C'est surtout pour le lavement, que la méthode de MM. Bensaude et Terrey s'affirme sans contestation possible. La mise en suspension du sulfate de baryte crémeux est immédiate et d'une durée pratiquement suffisante pour un examen rapide. On peut injecter ce mélange dans l'intestin, sans crainte de voir le sulfate se précipiter au fond de l'appareil injecteur. MM. Bensaude et Terrey ajoutent à la

solution de baryte, de la gomme adragante, d'après la formule donnée plus haut, avec le double avantage d'augmenter la consistance de la solution et de lui assurer, en l'émulsionnant, une suspension pour ainsi dire parfaite.

L'arrêt normal de la colonne opaque au niveau de l'angle colique gauche, au cours du lavement opaque, est le plus considérable des quatre arrêts que subit cette colonne.

Le lavement opaque commence par pénétrer dans le rectum, en le distendant peu à peu. Il en dessine les contours, qui prennent l'aspect d'une carte à jouer. Après un temps d'arrêt, le liquide pénètre dans le sigmoïde qui présente généralement des formes variables. Ici, nouveau temps d'arrêt puis, le liquide monte rapidement jusqu'à l'angle colique gauche. Il se produit un nouveau temps d'arrêt, *plus considérable*, après lequel la colonne opaque franchit rapidement le transverse jusqu'au coude hépatique. Après un quatrième et dernier arrêt, le liquide pénètre lentement dans le côlon ascendant et cæcum. Chez un sujet normal, le lavement remplit la totalité du gros intestin en trois ou quatre minutes, y compris les temps d'arrêt.

Interprétation des images fournies par le lavement opaque. — Au cours de la pénétration, le liquide peut s'arrêter au niveau de l'angle colique gauche. Il s'agit d'abord de reconnaître, si cet arrêt existe réellement, ou n'est qu'apparent. C'est ce qui arrive fréquemment dans certains cas d'intestins

ptosés, où il est malaisé de suivre la progression de la colonne opaque, surtout quand la moitié gauche du transverse est accolée au descendant : le liquide semble s'arrêter au niveau de l'angle colique gauche, alors qu'il a déjà pénétré dans le transverse en superposant les deux ombres. Il faut donc avoir le diaphragme largement ouvert ou mobiliser l'ampoule et regarder le long du descendant, pour ne pas manquer l'apparition de l'ombre du transverse, à l'endroit où celui-ci se sépare du descendant. On pratiquera aussi toutes les manœuvres de déplacement, susceptibles de détacher les segments coliques apparemment accolés.

Les résultats des deux épreuves. — Pour pouvoir dire qu'il y a sténose à l'angle gauche, il faut que les résultats des deux épreuves soient concordants.

Le repas parcourt le tube digestif normalement jusqu'à l'angle (en dix, douze heures), puis s'arrête. L'arrêt dure un certain temps et l'élimination se fait à partir de ce point par fragmentation successive. Les fragments continuent leur parcours, avec une vitesse normale. Il n'existe aucun ralentissement en amont ni en aval du point d'arrêt. Si le lavement montre un arrêt correspondant aux indications fournies par le repos opaque, on peut conclure à une lésion organique.

TROISIÈME PARTIE

QUELLE EST L'IMPORTANCE DE LA COUDURE DE L'ANGLE COLIQUE GAUCHE EN PATHOLOGIE ?

Importance des lésions inflammatoires au niveau de cet angle. — L'école lyonnaise avec Adénot, s'est beaucoup occupée vers 1895, de l'importance de la coudure aiguë que fait le côlon dans le flanc gauche, dans la constipation et obstruction intestinale.

Nous avons vu la description qu'avait faite Adénot, du ligament phréno-colique gauche (1re p.). Il lui décrit 3 faisceaux : Un supéro-interne qui partant du diaphragme, s'étend assez loin sur la branche gauche du transverse ; un moyen qui va directement à l'angle colique gauche et enfin un troisième, qui suspend le commencement du descendant. Ces trois faisceaux n'ont pas toujours le même développement et la même constance. Si le faisceau supéro-interne vient à manquer, la branche gauche du transverse n'est plus soutenue. Cette dernière disposition, constitue pour Adénot une véritable anomalie et se trouve beaucoup plus fréquente chez les

femmes. Elle établit une occlusion mécanique, physiologique, pour ainsi dire et toute perturbation qui exagère cette disposition tend à faciliter l'occlusion. C'est ainsi que le simple poids du côlon transverse, qui s'abaisse dans un abdomen que l'on vient de vider d'une grosse tumeur, suffit pour compléter l'occlusion intestinale.

Il se base sur des expériences cadavériques en insufflant le gros intestin. En exagérant l'angle, par des tractions sur le ligament phréno-colique, il produit une occlusion complète, au point que des gaz contenus dans le côlon transverse dilaté, ne pouvaient absolument pas passer dans le côlon descendant. La section totale du ligament,en diminuant l'angle suffisait parfois à lever l'occlusion.

Il se base encore sur le fait que les accidents d'occlusion post-opératoire sont plus fréquents après les laparotomies pour kyste de l'ovaire.

« Probablement, dit Adénot, les kystes volumineux distendent l'abdomen, refoulent l'intestin au-dessus du détroit supérieur, puis après, les anses retombent dans la cavité vide et déterminent des tractions. »

L'école lyonnaise a beaucoup exagéré l'importance de la coudure prononcée de l'angle colique gauche.

Les expériences et études entreprises en 1902 par M. Quénu et la radioscopie de plus en plus employée pour l'examen du côlon, nous ont renseigné dans

quels cas spéciaux et seulement dans ces cas, cette coudure est importante en pathologie.

Expériences de M. Quénu. — M. Quénu aussi a expérimenté, pour savoir quelle influence peut avoir la coudure aiguë de l'angle splénique sur la circulation des matières.

Il sectionne l'intestin grêle à 15 ou 20 centimètres du cæcum. Il introduit une canule dans l'intestin grêle, canule qui communique avec un bock, par l'intermédiaire d'un caoutchouc.

D'autre part, l'anse sigmoïde est sectionnée et pend hors du ventre, pour pouvoir juger du débit et de la force du jet.

Les premières minutes de l'expérience réalisent assez bien les conditions ordinaires de la circulation intestinale ; le gros intestin contient, en effet, à ce moment, des gaz, des matières demi solides et du liquide.

« L'écoulement d'eau bien établi, nous avons cherché à réaliser les différentes causes capables de le modifier. Nous avons tout naturellement tenté l'effacement de l'angle colique gauche, et nous avons commencé nos expériences avec l'idée qu'on pouvait, en effet, effacer l'angle et ralentir, sinon suspendre, l'écoulement. Pour cela, nous avons attiré au maximum le côlon transverse en bas, en exerçant de fortes tractions sur le grand épiploon. Nous avons tiré en haut sur le fameux ligament suspenseur, en même temps qu'on tirait en bas sur le transverse ; nous avons directement rapproché, en les mettant en con-

tacte, le côlon transverse et le côlon lombaire, de manière à rendre l'angle aussi aigu que possible, et à exagérer son éperon. Or, toutes ces manœuvres modifient peu ou prou, l'écoulement d'eau et ne le suppriment en aucun cas. »

M. Quénu s'est bien dit qu'on pourrait lui objecter, que dans le gros intestin ne circule pas de liquide, mais une boue plus ou moins épaisse. Sans doute. Aussi, ne demandait-il pas à la coudure expérimentale de produire l'arrêt dans l'écoulement de l'eau et des gaz, mais une modification dans cet écoulement.

Pour compléter cette première expérience, Monsieur Quénu insuffle de l'air dans l'intestin grêle, les organes abdominaux étant en place. Il rapproche le transverse du descendant en canon de fusil. Il ligature, résèque et fait sécher, en les suspendant par l'angle, les tronçons de côlon accolés l'un à l'autre. La dessication obtenue, il taille une fenêtre au niveau de l'angle et constate qu'il y a bien là un fort éperon, mais qu'au-dessus de l'éperon reste un dôme, *un espace suffisamment large pour assurer la communication entre le transverse et le descendant.*

Radiologie. — D'ailleurs la radiologie vient appuyer ces conclusions. En effet, il est très fréquent de constater, à l'écran, que les anomalies de position, les coudures, les ptoses du gros intestin, sont sans influence sur le transit intestinal, sauf dans les cas où ces coudures ou ptoses sont bien fixées par des adhérences. Quand le côlon est bien

libre, ses contractions péristaltiques redressent facilement les coudures en laissant progresser les matières.

Altérations inflammatoires de l'angle colique gauche. — Les altérations de cette région sont bien moins fréquentes que celles du côté droit. Cela tient d'abord au contenu différent, qui renferme moins de substances toxiques et ne permet pas une pullulation microbienne aussi intense. En second lieu l'angle gauche est loin des annexes, appendice, vésicule, etc., tous organes qui s'enflamment facilement et qui transmettent l'inflammation autour d'eux.

Malgré cette différence, on en voit encore assez fréquemment, des altérations inflammatoires dans la région de l'angle colique gauche. Le repli péritonéal, qui est le diverticule épiploïque gauche, de la même manière qu'à droite, peut persister, en restant fixé à la paroi, recouvrant l'angle splénique et le descendant sur une hauteur plus ou moins grande. Il forme alors un voile, en tout analogue au voile de Jackson décrit à droite, mais dont la persistance, au point de vue pathologique, a été plus rarement signalée.

D'autres fois ce sont des lésions de *périsplénite*, de *périgastrite* et plus fréquemment de péricolite, comme par exemple l'observation V de M. Mauclaire que nous rapportons plus loin, qui donnent naissance aux altérations inflammatoires de l'angle gauche.

Enfin on voit quelquefois, surtout en temps de

guerre, des sténoses, au niveau de l'angle splénique, causées par balle, comme le cas de Frohman (obs. VI).

Symptomatologie de la coudure prononcée de l'angle gauche, avec adhérence de ses branches. — Les symptômes sont ceux d'une sténose chronique : Douleurs localisées à gauche, survenant plutôt quelques heures après le repas, flatulence ; constipation opiniâtre, rebelle aux traitements habituels, etc...

Cette sténose chronique *ressemble beaucoup à un cancer du côlon*, les malades maigrissant parce qu'ils ne mangent pas, pour éviter les douleurs et la flatulence. La symptomatologie devient quelquefois aiguë. Les crises aiguës reviennent plusieurs fois, plus ou moins violentes. Elles cèdent à l'atropine, compresses chaudes, etc..., jusqu'au jour ou le malade doit être passé dans les mains d'un chirurgien et ce n'est qu'alors que le diagnostic est posé avec sûreté.

Diagnostic. — Il faudra être très circonspect, avant d'affirmer une lésion organique. On sait avec quelle fréquence, on rencontre des spasmes le long du tube digestif. Ils sont très fréquents au niveau du côlon et plus encore au niveau de ses angles. Dans le moindre doute, dans un cas pareil, on aura recours à plusieurs examens et surtout à l'emploi de l'atropine. Il faudra en plus, que le repas et le lavement opaque montrent le même point d'arrêt, que les deux branches de l'angle soient accolés (vue de face

et de profil), que la partie accessible à la palpation du transverse ne soit pas mobilisable.

Traitement. — Un grand nombre de ces malades sont améliorés par le traitement habituel de la constipation. D'autres doivent subir une intervention chirurgicale. Quelquefois il suffit de libérer les adhérences péricoliques. Le plus souvent cela ne suffit pas et il faut faire une anastomose entre le transverse et le descendant (colo-colostomie) en deçà et au delà du point sténosé ou même une transverso-sigmoïdostomie, quand le transverse est très ptosé.

Statistique de la localisation et du traitement de la constipation grave organique. — Karewski (15) a eu à traiter 39 malades atteints de constipation chronique.

Il n'a eu à poser d'indication opératoire que chez dix-neuf d'entre eux.

Premier groupe. — Dix malades ont eu, à plusieurs reprises, des crises *d'occlusion aiguë*, plus ou moins violentes. Quatre d'entre eux ont refusé l'intervention à froid et ont dû être opérés plus tard en pleine crise aiguë.

Des six qui ont subi l'opération à froid, trois étaient atteints d'une périsigmoïdite avec adhérences ; les trois autres avaient la péricôlite intense avec adhérences du côlon ascendant et transverse chez l'un, des deux branches de l'angle splénique chez les deux autres.

Deuxième groupe. — Neuf malades, chez lesquels on n'avait jamais observé d'accidents aigus, mais

dont la constipation opiniâtre, rebelle à tout traitement médical, avait provoqué une cachexie progressive très grave. Dans tous ces cas, sauf un, il s'agissait encore de la péricôlite, avec accollement des différents segments du gros intestin, avec coudure aiguë des angles hépatique ou splénique. Selon les cas Karewski eut recours soit à la libération simple, soit à l'iléo ou à la colo-sigmoïdostomie.

OBSERVATIONS

Observation I. — Due à l'amabilité du Dr Constantin, ancien assistant du Dr Bensaude. — M. M..., âgé de soixante-six ans, a toujours été constipé. A été envoyé à M. Bensaude par un de ses collègues des hôpitaux avec le diagnostic probable de cancer intestinal. En effet, la constipation est devenue de plus en plus rebelle aux purgatifs, le malade perdait ses forces et maigrissait beaucoup.

Il fut examiné par les deux méthodes du lavement et du repas opaque.

Repas opaque. — Le repas opaque atteint l'angle splénique à la douzième heure. A la vingt-sixième heure, l'aspect est identique. A la trente-sixième et à la soixantième heure, on ne constate aucune progression. A la quatre-vingt-quatrième heure, quelques fragments de matière opaque ont atteint le sigmoïde, mais la presque totalité du repas occupe le transverse. L'examen a dû être interrompu, en raison des troubles digestifs provoqués par la stase.

Lavement opaque. — Le lavement opaque administré quelques jours plus tard, s'arrête nettement au niveau de l'angle splénique du côlon, et permet le diagnostic de sténose organique.

Intervention. — On confia le malade au Dr Pauchet, qui

trouva un accolement en canon de fusil, de la moitié gauche du transverse avec le côlon descendant et eut beaucoup de difficulté à libérer les adhérences, pour pratiquer une anastomose en deçà et au delà du point sténosé.

Conclusion. — On voit que le diagnostic n'a pu être fait réellement que par le lavement opaque et a été confirmé par l'intervention opératoire.

Observation II, Tasman et Cole [10]. — Homme de soixante-quatre ans. Sans antécédents morbides. Depuis un an, anorexie extrême et amaigrissement ; constipation et sensation de malaise abdominal. L'examen donne l'impression d'une résistance irrégulière au niveau de l'angle splénique. L'exploration radioscopique après lavement au sulfate de baryte, fait constater une réplétion rapide du rectum, de l'anse sigmoïde et de la partie inférieure du côlon descendant. A sa partie supérieure, le lavement est arrêté et distend l'intestin en huit ou dix minutes ; la moitié gauche du transverse se remplit petit à petit, mais au bout d'une heure, la moitié droite n'est pas encore remplie. Dix jours après, on fait un second examen ; l'arrêt existe toujours pendant une dizaine de minutes au niveau de l'angle splénique, mais cette fois, au bout d'un certain temps, le gros intestin se remplit dans sa totalité avec distension marquée du côlon ascendant. Le malade a refusé l'ingestion de baryte, pour l'examen du transit du repas opaque. On pose le diagnostic de sténose organique du côlon, qu'on suppose être due *à une tumeur maligne*.

L'opération montre une péricôlite étendue englobant l'angle splénique et le côlon descendant. Le bord gauche de

l'épiploon est attaché à la séreuse de l'angle splénique et du côlon descendant par des feuillets des bandelettes qui dépassent le gros intestin pour aller s'insérer sur la paroi postérolatérale. Le résultat de semblables lésions, était une compression et rétrécissement de l'angle splénique et l'accolement en canon de fusil du descendant et de la moitié gauche du transverse. On a constaté aussi de nombreuses adhérences, entre le bord droit de l'épiploon et le côlon ascendant.

[Les auteurs ne parlent pas du traitement, ni des suites opératoires].

Observation III, Pfahler [Dans Lefebvre (20)]. — Homme de vingt-neuf ans. Douleurs intenses dans l'hypochondre gauche depuis cinq ans. Aux rayons X, adhérences étendues au niveau de l'angle splénique avec accolement des côlons transverse et descendant. Confirmation opératoire. Guérison.

Observation IV, Kobylinski [Dans Lefebvre (20)]. — Homme quarante et un ans. Constipation, périodes de diarrhée ; douleurs abdominales. Est en état d'occlusion depuis vingt-quatre heures.

Intervention opératoire. — Angle gauche très haut situé et maintenu adhérent par des nombreuses brides. Transverso-sigmoïdostomie. Guérison. Une sonde gastrique avait été introduite par l'anus et traversait l'anastomose.

Observation V, Mauclaire (26). — *Péricolite membraneuse sur l'angle colique gauche avec crise aiguë d'obstruction.* — Dans un cas récent, il s'agissait d'une malade

constipée depuis des années. Elle fit une crise aiguë d'obstruction, nécessitant un anus cæcal. Quatre mois après l'opération, je lui fis une laparotomie exploratrice. J'ai trouvé de la péricolite membraneuse sur l'angle colique gauche ; j'ai fait l'anastomose colo-colique.

Observation VI, Frohmann (12). — *Sténose de l'angle colique gauche; blessure par balle dans l'hypochondre gauche.* — O. E. à l'ombilic. O. S. à la crête iliaque gauche. Deux mois après, fortes douleurs « à l'estomac ». Rarement des mouvements péristaltiques et météorisme. Aux rayons X : sténose de l'angle splénique. A l'opération, la lumière du côlon est fortement rétrécie, par l'hypertrophie des tuniques intestinales. Hyperplasie aussi autour du côlon. Guérison par colo-colostomie.

QUATRIÈME PARTIE

AÉROCOLIE DE L'ANGLE COLIQUE GAUCHE

L'aérocolie occupe une place importante dans la pathologie digestive. Sa symptomatologie est due surtout, au cantonnement de gaz au niveau des angles coliques et plus spécialement au niveau de l'angle gauche.

Les angles hépatiques et spléniques sont des points de prédilection pour l'aérocolie, quand le sujet est debout. Le fait s'explique, étant donné que ces angles occupent les points les plus élevés du côlon.

Quel est l'origine de l'aérocolie ? — Dans le plus grand nombre des cas, l'aérocolie est due à l'aérophagie. L'air, après avoir passé par l'estomac, où il a séjourné à cause d'un spasme pylorique et cardiaque et donné naissance aux symptômes de l'aérogastrie, passe dans l'intestin. Chez certains aérophages, sans spasme pylorique cardiaque, il peut passer dans l'intestin sans donner naissance à aucun symptôme d'aérogastrie. A côté de cette origine exogène, les gaz de l'intestin peuvent avoir une origine locale. Ils sont alors dus à des fermentations

intestinales des aliments riches en cellulose et amidon (lentilles, haricots, pois, fèves...)

Circulation de l'air dans le côlon. — L'air a toujours tendance à dissocier les matières fécales et à s'échapper du côlon plus rapidement qu'elles. Il peut être arrêté par des spasmes et aussi par les coudures hépatiques et surtout splénique.

a) *Spasme.* — La radioscopie nous a montré que les aérophages sont des nerveux, qui présentent fréquemment des spasmes, le long du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus. Ils peuvent présenter un spasme aérophagien, gastrique, côlique droit ou gauche, anal, etc., ce qui donne naissance à une symptomatologie diverse.

Le spasme apparaît et s'exagère à la moindre gêne et aussi au niveau des lésions inflammatoires ;

b) *Coudures.* — Les coudures mettent obstacle à l'avancement des gaz. L'angle hépatique se laisse déplisser facilement, l'angle splénique plus difficilement.

Comme les spasmes se produisent facilement chez les prédisposés, à l'endroit ou les gaz sont gênés dans leur circulation, on comprend aisément, les arrêts au niveau des angles. La partie du côlon située en amont du point spasmé, se dilatant, comprime la partie située en aval et exagère encore l'arrêt.

Les rapports de l'angle gauche avec le diaphragme. — Le plus souvent, il y a discordance entre les données de l'anatomie topographique étu-

diées sur le cadavre et les données relevées sur le vivant, par les examens radiologiques.

Le plus souvent on observe un déplacement de l'estomac de gauche à droite, sous l'influence du côlon, rempli de gaz et distendu, venant alors en contact avec la coupole diaphragmatique. Il suffit d'ailleurs d'insuffler le côlon par le rectum, pour le voir (à l'écran) reprendre le contact avec le diaphragme, position qu'il a normalement, mais qui a pu se trouver modifiée par l'évacuation complète précédant tout examen radiologique intestinal.

Ces rapports sont d'ailleurs variables, tantôt minimes, tantôt ils peuvent s'étendre sur 8, 10, 12 centimètres. Le côlon peut même déformer la coupole diaphragmatique et pénétrer dans la cage thoracique, donnant ainsi des douleurs intercostales.

Symptômes de l'aérocolie gauche. — Tantôt la pneumatose porte sur tout le côlon et le malade se plaint seulement d'une sensation de gêne, de tension anormale dans l'abdomen, tantôt au contraire, elle se localise à certaine région du tractus colique.

La localisation la plus fréquente, de même que la plus importante, au point de vue du syndrome auquel elle donne naissance, est celle qui se fait au niveau de l'angle splénique.

Symptômes locaux. — Il y en a trois : douleurs, météorisme localisé et émission de gaz.

La douleur peut être localisée seulement à l'angle gauche. Elle est alors tardive, assez éloignée des heures des repas. Souvent la douleur due à la disten-

sion de l'angle gauche, est précédée par une sensation de gêne au niveau de l'estomac. Le malade se sent gonflé après le repas, la ceinture du pantalon lui semble trop serrée. Cette sensation diminue petit à petit et est remplacée quelques heures après le repas, par une douleur dans l'hypochondre droit, laquelle à son tour cesse, pour être remplacée par la douleur colique gauche. Le tout finissant par une abondante émission de gaz.

Le météorisme se manifeste dans les périodes douloureuses, par une tension anormale dans le flanc gauche et par une sonorité exagérée à la percussion. A la radioscopie on voit à côté de la poche à air gastrique, une zone apparaissant claire et barrée de lignes correspondantes aux bosselures du côlon. Nous parlerons tout à l'heure des symptômes à distance à qui donne naissance ce météorisme.

Les émissions de gaz, se font généralement tout seuls, les gaz traversant plus rapidement le tube digestif, que les aliments eux-mêmes. Ils font éclater les matières, pour pouvoir s'acheminer vers l'anus. Le malade peut souvent les chasser en faisant quelques mouvements de massage le long du côlon. Les crises d'aérocolie cessent de cette manière.

Symptômes à manifestation lointaine de l'aérocolie gauche. — Ces symptômes ressemblent à ceux provoqués par la distension aérophagique de l'estomac. Cela se comprend facilement, si on tient compte des rapports de l'angle gauche avec le diaphragme. Son contact avec le diaphragme est tel,

qu'il le soulève, aussi bien que l'estomac surdistendu et détermine les mêmes accidents *cardiaques* et *respiratoires* (obs. VII et VIII). En plus, la distension gazeuse du côlon modifie l'estomac, crée *des fausses biloculations* (obs. IX) on refoule la totalité de l'estomac vers l'hypochondre droit, où il vient prendre un contact étendu avec le foie.

De même, les positions très hautes du côlon, en refoulant le diaphragme, peuvent donner naissance à des douleurs ayant toutes les allures d'une névralgie intercostale ; quelquefois *le cœur est refoulé à droite,* comme dans l'observation X.

M. Lœper (24) cite le cas d'un malade nettement aérophage qui présentait des crises d'*angorpectoris*, avec douleurs précordiales, irradiations dans l'épaule précédées presque toujours de tension dans l'hypochondre gauche et de malaise abdominal et suivies et terminées par une abondante émission de gaz intestinaux.

Erreurs de diagnostic. — *Du côté de l'estomac.* — 1° La branche droite de l'angle colique gauche peut refouler la totalité de l'estomac vers l'hypochondre droit où il vient prendre un contact étendu avec le foie.

L'erreur qu'il faut éviter dans un cas pareil, c'est celle d'attribuer ce contact à des adhérences contractées avec le foie ou la vésicule biliaire.

Il faudra faire plusieurs examens, pour ne pas conclure à un diagnostic qui mènerait à des funestes indications opératoires ;

2° L'angle splénique distendu peut créer la fausse biloculation. Témoin l'observation IX de Enriquez et Durand.

La douleur localisée à gauche peut être confondue avec une lithiase rénale, avec une douleur localisée à tort sur le trajet de l'uretère gauche. Si elle est haute, on peut la confondre facilement avec une névralgie intercostale, si on ne l'en différencie par un examen soigneux.

Dans la majorité des cas, l'examen à écran permet d'éliminer toutes les erreurs et poser un diagnostic exact.

Traitement. — Belladone, valériane et compresses chaudes contre les spasmes. Traiter l'aérophagie ou les fermentations intestinales, si les gaz sont dus à des fermentations. Plus rarement il faut avoir recours à un traitement opératoire si l'aérocolie est accompagnée de mégacôlon (obs. X).

Observation VII, Loeper et Esmonet (24). — *Crises de dyspnée par aérocolie de l'angle gauche.* — Mlle L... est envoyée à l'un de nous par M. le Dr Brocq, pour des accidents douloureux de l'abdomen, avec irradiation à gauche, vertiges, angoisses et gêne respiratoire. Très nerveuse et arthritique, elle ressent presque tous les jours, environ quatre ou cinq heures après le repas, et ordinairement la nuit vers 2 heures, une sorte de contraction intestinale suivie presque immédiatement d'étouffements. Le phénomène est si marqué, qu'on a prononcé le nom de crises d'asthme; de fait, le rythme respiratoire est profondément

modifié et parfois même, on constate quelques râles congestifs à base gauche.

La crise se termine tantôt par une abondante émission de gaz par l'anus, tantôt par une évacuation de matières, ce qui amène la cessation des accidents. Certaines crises durent douze et même vingt-quatre heures ; pendant deux à trois mois, elles furent continues. Des préparations à base d'iodure de caféine ont paru produire une amélioration assez marquée, mais malheureusement peu tenace.

La malade, fortement aérophage, fut radiographiée par M. Bélot, qui constata une ptose légère du transverse avec un angle très aigu à gauche : à ce niveau des gaz s'accumulaient et formaient comme une volumineuse poche sous-diaphragmatique.

Observation VIII, Lœper (24). — *Vertiges causés par la pneumatose des angles côliques.* — Malade âgé de trente-deux ans, soumis pour une entérite ancienne au régime des pâtes et farineux, était tourmenté de météorisme fréquent, d'émissions gazeuses abondantes, avec distensions des côtes gauches, douleurs, palpitations, sensations nauséeuses, bourdonnements et *vertiges*. A deux reprises même, il tomba sans pourtant perdre connaissance. La distension considérable du côlon et surtout des angles fut vérifiée par M. Aubourg à l'examen radiographique. La pression artérielle dépassait 21 dans les phases de météorisme le plus accusé, en même temps qu'apparaissait le vertige. Ce malade qui ne présentait aucune lésion circulatoire appréciable, guérit de son météorisme par un retour à un régime moins exclusif et par l'absorption de pancréatine. Sa tension artérielle redescendit à 16. Il n'a plus de vertige.

Observation IX, Enriquez et Durand [11]. — *Fausse biloculation gastrique par aérocolie de l'angle colique gauche.* — En résumé une malade se présente à nous le 13 juin 1910, avec un passé de troubles gastriques du type des dyspepsies hyperchlorhydriques, sans qu'aucun signe patent d'ulcus ait pu être relevé dans son histoire pathologique, non plus d'ailleurs que dans les périodes de son séjour dans notre service. Pendant huit mois en effet les seuls phénomènes observés sont une aérophagie intense avec pneumocolie (distension gazeuse du côlon avec flatuosités fétides), constipation chronique avec débâcles également fétides, augmentation progressive de volume du ventre avec tympanisme s'opposant à l'exploration, sensation permanente de pesanteur abdominale surtout dans la région ombilicale, sans douleurs gastriques, altération progressive de la santé générale.

Des examens radioscopiques répétés pendant ces huit mois révèlent d'abord un aspect biloculaire de l'estomac ; puis on voit la biloculation faire place peu à peu à une forme à peu près normale ; enfin l'aspect biloculaire reparaît, d'un type tout à fait différent de celui observé dans les premiers examens. Mais pendant toute cette période ont persisté les signes radiologiques caractéristiques de l'aérophagie et de la distension du côlon.

L'évolution des symptômes cliniques, jointe aux données de la radioscopie font pencher vers l'hypothèse, d'une tumeur profonde rétro-stomacale déformant l'estomac par son expansion et déterminant des troubles dyspeptiques secondaires (aérophagie avec pneumocolie).

Les variations dans les aspects successifs de la déforma-

tion gastrique semblaient devoir être mis sur le compte de la distension colique et de ses variations.

Le 15 février 1911, l'intervention chirurgicale exploratrice montre : 1° l'absence de toute tumeur profonde de l'abdomen, 2° l'absence de toute lésion appréciable de l'estomac qui est dilaté en totalité, 3° un côlon très volumineux.

De février 1911 à décembre 1912 la malade présente une série de périodes alternatives d'état dyspeptique et de santé à peu près normale. Les phénomènes morbides notés sont : les signes habituels et caractéristiques de l'aérophagie, avec éructations douloureuses, flatuosités intestinales, émission fréquente et abondante de gaz par l'anus soulageant la malade, constipation habituelle avec débâcles fétides. Le ventre est toujours plus ou moins météorisé. Pas de déviation du chimisme gastrique normal.

Examens radioscopiques. — Trois mois après l'opération, l'estomac est de forme générale normale, mais repoussé en totalité à droite par le coude splénique distendu. Le côlon apparaît volumineux, visible en totalité même sans bismuth dans sa cavité ; sa topographie et sa direction sont particulières ; pas de coude hépatique, il va directement en ligne droite de la crête iliaque droite au coude splénique qui emplit toute la moitié gauche de la coupole diaphragmatique.

Dans le cours des examens ultérieurs cet aspect du côlon, bismuthé ou non, ne se modifie pas, seules se modifient les images de l'estomac toujours biloculaires à vrai dire, mais offrant d'un examen à l'autre, et même au cours d'un même, des types nettement différents les uns des autres, et cela dans l'intervalle et en l'absence de toute contraction.

Pour toutes ces raisons, nous concluons à l'origine purement extrinsèque des déformations biloculaires très accusées, observées par nous chez notre malade depuis deux ans et demi. Ces biloculations ne s'expliquent que par l'action compressive et déformante du côlon ectasié et plein de gaz (coude splénique et segments attenants). C'est par cette action également que s'explique l'irrégularité de la ligne marquant le niveau supérieur du liquide bismuthé : le coude splénique du côlon soulevant et aplatissant la paroi postérieure de l'estomac, bosselant de ses cellules le fond de la poche postérieure ainsi formée, détermine une série de petits culs-de-sac, dont les divers niveaux s'étagent et réalisent l'aspect en escalier, sur lequel nous avons insisté.

Les variations de tension et d'abondance des gaz dans le côlon rendent compte des variations d'aspect de la déformation biloculaire de l'estomac, au même titre que parallèlement les troubles fonctionnels accusés par la malade varient d'acuité suivant le degré de l'aérophagie et de la pneumocolie.

Observation X (inédite), due à l'obligeance de M. le professeur Carnot. *Megacôlon avec dextrocardie*. — M. F..., cinquante-cinq ans, vient consulter pour ballonnement abdominal et accès de dyspnée. Dans son jeune âge, crises de coliques dans le bas-ventre, avec débâcles diarrhéiques. A part cela bonne santé. Service militaire sans un jour d'infirmerie. A partir de quarante ans, il commence à accuser une dyspnée d'effort assez marquée. En même temps, une ou

deux fois par mois, crises de coliques dans le bas-ventre et la région lombaire, avec diarrhée. Flatulences, avec émission de gaz intestinaux, qui soulageaient les coliques. Crises de palpitations, à début brusque et courte durée.

Le 6 juin 1919, obstruction intestinale complète. Pendant douze jours pas de matières, ni gaz ; ballonnement énorme. Après lavements et purges, l'obstruction passe et les selles redeviennent normales et régulières.

Depuis ce temps, l'abdomen se ballonne après chaque repas. Le malade ne se sent bien que le matin à jeun. Le décubitus gauche lui est impossible, lui donnant des palpitations et de la dyspnée. Depuis l'occlusion, il sent son cœur battre à droite.

A l'examen, on trouve un abdomen ballonné, surtout à gauche. Pas de douleurs nulle part. Le thorax est élargi à sa partie inférieure gauche. On voit deux foyers de battements cardiaques : un premier dans les 6e et 7e espaces, en dehors du mamelon droit et un second étalé dans les 3e et et 4e espaces. T. A : 18 maximum et 11 minima au Pachon. Le Traube, très sonore, monte jusque dans le IVe et IIIe espace. Gros râles de bronchite à gauche.

Examen radioscopique. — Grande transparence de toute la partie gauche de l'abdomen. La voûte diaphragmatique est reportée très en haut, jusqu'au troisième espace intercostal, par un côlon descendant et un angle splénique démesurément dilatés et remplis de gaz.

Le cœur est reporté, en presque totalité, dans l'hémithorax droit et il est couché obliquement à droite et en bas, suivant *une inclinaison inverse de l'inclinaison normale*. Il forme avec les gros vaisseaux une masse sombre, à grand axe obli-

que de haut en bas et de gauche à droite. La partie inférieure seule, est animée de battements, dans le sixième espace droit, en dehors du mamelon. Un deuxième centre de battements ondulatoires est vu le long du bord gauche de l'ombre cardiaque.

La rate projette son ombre près de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic.

Le foie est aussi repoussé à droite et basculé. Sa face inférieure est devenue une face gauche et son bord antérieur presque vertical.

L'estomac rempli de baryte apparaît parallèle à ce bord du foie.

Le côlon a été examiné avec un lavement baryté. Le rectum et l'anse sigmoïde se remplissent normalement; puis on voit apparaître un large côlon descendant. A la mi-hauteur de ce côlon, l'ombre barytée se déverse vers la droite et remplit un large côlon transverse. Au-dessus du passage de liquide du côlon descendant dans le côlon transverse, *l'angle côlique reste clair, distendu par les gaz, refoulant le diaphragme et occupant la place du cœur.* On n'a pas rempli l'ascendant, jugeant prudent de s'arrêter pour ne pas dépasser 2 l. 1/2 de baryte, qu'on avait déjà injectés.

Traitement opératoire. — Le malade est confié au Dr Lardennois. Opération le 23 avril 1920. Rachi-anesthésie. On constate *un côlon énorme*, faisant saillie hors de l'incision, tordu depuis le transverse sous-hépatique, jusqu'à l'angle recto-sigmoïdien. Le segment sigmoïdien présente, sur une étendue de 6-7 centimètres, un épaississement donnant l'impression d'un sphincter, comparable par sa consistance à un

sphincter. Cette position est nettement spasmée. *Colectomie. Iléo-sigmoïdostomie.*

Le côlon enlevé mesure 1 m. 47 de longueur et une circonférence de 0 m. 47. A la fin de l'opération, qui a duré 1 h. 50, la respiration est un peu rapide, le pouls à 92, bien frappé. Pendant trois jours, avant l'opération le malade a reçu 40 centimètres cubes de sérum polyvalent Leclainche et Vallé intra-rectal ; et le matin de l'opération 40 centimètres cubes intra-musculaire.

24 avril 1920. — pouls à 110, température 37° 5, pas de symptômes de shok.

25 avril 1920. — Sueurs, syncopes, quelques faux pas cardiaques, œdème aigu du poumon. Existus à 14 heures par collapsus cardiaque.

L'autopsie n'a pu être faite (opposition).

Cette observation est caractérisée par l'énorme développement des côlons, jusque et y compris, le cæcum. Le méga-côlon semble s'être développé à partir de quarante ans, sans phénomènes antérieurs morbides sérieux ; il s'est brusquement aggravé à la suite d'une obstruction colique, due vraisemblablement à une torsion (volvulus de l'S ?). Il s'est produit principalement au niveau de l'angle splénique une aérocolie très considérable, qui a consécutivement déplacé et déformé le diaphragme gauche. L'aérocôlon de l'angle a par là même abouti à une éventration diaphragmatique, entraînant comme conséquence la dextrocardie.

Les accidents post-opératoires, qui ont entraîné la

mort le deuxième jour, semblent dues à une décompression brusque, liée à l'enlèvement de l'énorme masse colique, le cœur et le poumon étant brusquement ramenés à leur place normale : la mort a en effet eu lieu par collapsus cardiaque avec œdème pulmonaire aigu.

CINQUIÈME PARTIE

HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

Les hernies diaphragmatiques se produisent surtout à gauche, le diaphragme étant séparé à droite par le foie, de la masse intestinale.

Le contenu de ces hernies peut être formé par : l'estomac, le gros intestin (transverse, angle colique gauche), l'intestin grêle, l'épiploon. Ces hernies sont connues surtout depuis la guerre, parce que la grande majorité des cas, elles sont dues à la perforation du diaphragme par blessure.

Nous décrirons surtout la hernie diaphragmatique avec partipation de l'angle splénique.

Symptômes. — La sonorité pulmonaire est refoulée vers le haut et l'aire de Traube est élargie et surélevée. Les limites de l'aire de Traube varient d'un jour à l'autre et même dans la journée.

Points de côté. — Les douleurs sont constantes et font souvent croire à une névralgie intercoscale.

Gêne respiratoire. — Les malades ont une dyspnée plus ou moins accentuée surtout quand ils se livrent à certain efforts. Cette gêne est parfois con-

tinue ; le plus souvent elle se présente avec des paroxysmes coïncidant avec le transit intestinal (syndrome tardif).

Signes digestifs. — Gonflement, pesanteur, nausées et vomissements. Les vomissements sont presque toujours tardifs et s'accompagnent d'un soulagement immédiat de tous les troubles respiratoires et cardiaques.

On note aussi des accès de borborygmes, se percevant à distance et presque toujours s'accompagnant de soulagement immédiat des troubles digestifs.

La constipation est habituelle chez ces malades.

Crises douloureuses. — Les crises douloureuses, coliques très intenses, sont très fréquentes dans les hernies diaphragmatiques. Elles ont souvent un début brusque, se produisant au moindre effort obligeant les malades à rester immobiles et couchés. Les malades sont pâles, ont des vertiges, des bourdonnements d'oreilles. Ces crises sont très douloureuses et peuvent entraîner des accidents lipothymiques. Le pouls est petit, filiforme. Les malades localisent les coliques très nettement à la partie supérieure de l'hypochondre gauche. Elles se terminent par une débâcle diarrhéique.

Evolution. — Il peut y avoir sans qu'on sache pourquoi, des périodes de santé, alternant avec des crises de troubles digestifs graves ; ces crises sont peut-être dues à des occlusions intestinales légères ; assez souvent la hernie diaphragmatique s'étrangle,

donnant des syncopes, de la dyspnée violente, un état général grave, aboutissant fréquemment à la mort.

Diagnostic. — L'existence de cicatrices de blessure, pouvant faire supposer une ancienne effraction du diaphragme du côté gauche, chez un malade présentant des douleurs et des troubles digestifs assez particuliers que nous avons décrits plus haut, fera penser à la possibilité d'une hernie diaphragmatique. Un examen radiologique après un lavement opaque, enlèvera tous les doutes.

Traitement. — Toute hernie diaphragmatique doit être opérée. C'est la conclusion à laquelle est arrivé Pierre Duval, à la troisième conférence chirurgicale interalliée de 1917. La meilleure voie d'accès pour la cure de la hernie, est la double voie thoraco-abdominale, qui permet la réduction, la destruction des adhérences, la suture de la brèche diaphragmatique facile. C'est la méthode à laquelle sont arrivés Dujarier (9) Anselme Schwartz (32), etc...

SIXIÈME PARTIE

CANCER DE L'ANGLE COLIQUE GAUCHE

Le cancer se voit quelquefois au niveau de l'angle gauche. Cette localisation est assez rare.

Hertz (13) dans son livre sur la constipation (1909), donne la statistique suivante, sur 481 cas de cancer intestinal, du London Hospital (1900-1905) :

Intestin grêle.....	15 cas
Sigmoïde.....	103 cas 22 o/o
Rectum.....	278 cas 58 o/o
Reg. iléo-cæcale.....	41
Côlon ascendant.....	6
Flexure hépatique....	3
Côlon transverse.....	17
Flexure splénique....	*12 cas 4 o/o*
Côlon descendant.....	6

Le cancer de l'angle splénique, se voit donc dans 4 o/o des cas de cancer des intestins, par rapport au cancer de l'anse sigmoïde qui se voit dans 22 o/o et au cancer du rectum qui se voit dans 58 o/o des cas.

CONCLUSIONS

1° L'ouverture de l'angle colique gauche varie suivant son mode de suspension. Elle diminue si le ligament phréno-colique gauche prend une petite insertion sur le transverse ; au contraire elle augmente si le transverse est bien soutenu.

2° Au point de vue radiologique, pour pouvoir affirmer le degré d'ouverture ou de fermeture de l'angle, il faut faire un examen de face et de profil.

3° L'accolement en canon de fusil des deux branches de l'angle colique gauche n'a pas une grande importance en pathologie. Il ne peut à lui seul donner naissance à aucun genre de sténose. Pour qu'il y ait sténose, il faut que l'angle soit maintenu fixe par ces adhérences.

4° L'aérocolie de l'angle colique gauche peut donner naissance à une symptomatologie très variée (asthme, vertiges, fausse biloculation de l'estomac, douleurs ressemblant à des névralgies intercostales, etc.,) explicable si on tient compte des rapports de l'angle splénique avec le diaphragme (et par son intermédiaire avec le cœur et les espaces intercotaux) et l'estomac.

5° Les hernies diaphragmatiques se font à gauche. Le fait est explicable si on tient compte que le diaphragme est gardé à droite par le foie. La partie herniée contient souvent l'angle colique gauche, ce qui donne alors naissance à des accidents digestifs très graves, à symptomatologie tardive.

6° Le cancer peut se localiser au niveau de l'angle gauche. La fréquence de sa localisation dans cette région est minime, si on la compare avec la fréquence du cancer de l'anse sigmoïde et surtout du rectum.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Adénot.* — Occlusion intestinale post-opérat. (Rev. de Chirurgie, 1896).
2. *Bensaude et Guénaux.* — Le radio-diagnostic du cancer du gros intestin (Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr., 1917).
3. *Bensaude et Terrey.* — Une simplification de la technique dans l'exploration radiologique du tube digestif (Presse méd., mars 1917).
4. *Bensaude et Guénaux.* — L'examen radiologique dans la constip. habituelle (Jour. Méd. fr., juin 1919).
5. *Bérard et Patel.* — Occlusion intestin. par coudure de l'angle colique gauche (Rev. de Chir., mai 1903).
6. *Buy.* — Anatomie du côlon. Th. Toulouse, 1901.
7. *Chevassu.* — La Chirurgie de l'angle col. gauche (Bull. Soc. de Chir., avril 1919).
8. *Ducatte.* — Ptose du gros intestin. Thèse de Paris, 1899.
9. *Dujarier.* — Deux cas de hernie diaph. (Bull. Soc. Chir., 1919).
10. *Eastman et Cole.* — Péricolite gauche (Annals of Surgery, 1914).
11. *Enriquez et Durand.* — Déformation biloculaire de l'estomac, secondaire à la pneumocolie (Mond. médical, 1913).
12. *Frohman.* — Darmstenose (Berliner Kl. Wochenschr., 1915).
13. *Hertz.* — Constipation and allied intestinal disorders (London, Trowde, 1909).

14. *Jaugeas* — Précis de radiodiagnostic. (Paris, Masson, 1918).
15. *Karewski.* — Le traitement chir. des formes graves de la constip. (Rev. de Chir., 1913).
16. — Traitement des formes graves de la constip. chronique (Münch. Mediz. Woch., 1912, n° 49).
17. *Kobylinski.* — Rôle de l'angle colique gauche dans l'occlusion du gros intestin (Trav. de la clin. chirurg. du professeur Oppel, 1910).
18. *Lane.* — Traitement opératoire de la stase intestinale chronique. London, Nisbot et C°, 1915.
19. *Lardennois.* — Les dolichocolies (Journ. de radiol. et d'électr. médicale, 1914).
20. *Lefebvre.* — La chirurgie de la constipation. Thèse de Toulouse, 1919.
21. *Legen.* — Occlusion intestinale post-opératoire (Congrès de Chirurgie de Bordeaux, 1895).
22. *Leven.* — Aérophagie. Paris, Doin, 1920.
23. *Lignac.* — Mouvements rétrogrades de l'intestin (Presse méd., 1919).
24. *Loeper et Esmonet.* — Pneumatoses localisées du côlon (Monde méd., 1913).
25. *Mauclaire Mouchet.* — Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse (Bul. Soc. anatomique, 1896).
26. *Mauclaire.* — Traitement chir. de la stase intest. chron. (Progrès méd., avril 1915).
27. — Traitement de la péricôlite (Bull. méd., avril 1918).
28. *Pauchet* (*V.*). — La constipation chronique (Rev. de gynécologie, 1913).
29. — La stase intest. chronique (Journ. des praticiens, nov. 1918).
30. — Le court circuit intestinal (Paris, médical, 1919).
31. *Payr.* — Sur une forme de sténose chronique du gros intestin à la flexure colique gauche (Arch. für Klin. chirurgie, bd. 77, 1910).
32. *Pfahler.* — Adhérences et compressions de l'intestin (The Journ. of Am. Med. Assoc., 1912).

33. *Poirier et Charpy.* — Traité d'anatomie humaine. (Paris, Masson, 1911).

34. *Quénu.* — Du rôle de l'angle colique gauche, dans les occlusions intestinales (Semaine médic., 1902).

35. — Du rôle de l'angle colique gauche, dans les occlusions intestinales (Semaine médic., 1902).

36. *Roux-Berger.* — Stase intestinale chronique. Quelques données nouvelles (J. du praticien, 1919).

37. *Schlesinger.* — Rœntgendiagnostik der Magen u. Darmkraukheiten (Berlin, Urban et Schwartzenberg, 1917).

38. *Schwartz.* — Klinische Rœntgendiagnostik des Dickdarms (Berlin, Springer, 1914).

39. *Schwartz et Quénu (Jean).* — Traitement des hernies diaphragmatiques. Paris méd., 1919).

40. *Terrier.* — Rétrécissements de l'angle colique gauche. Colocolostomie (Bull. M. Soc. Chir., 1902).

41. *Testut.* — Traité d'anatomie humaine Paris, O. Doin, 1911.

42. *Walther.* — Rôle de l'angle côl. gauche dans les occlusions intestinales (Bull. et M. Soc. Chir., 1902).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, r. Racine, Paris — 4738-20